



マナブル 施設アカウント依頼用紙

FAX 送信先	F A X : 0 9 7 - 5 4 5 - 3 7 5 1
--------------------	--

* マナブル施設アカウントは施設代表者専用のアカウントです。

職員を代表して研修申込みをする場合にご利用ください。



施設情報をご記入のうえ、大分県看護協会 総務課宛てに FAX お願いします。
「施設代表者アカウント情報」を郵送でお知らせ致します。

◆施設情報

施設名	
代表者 氏名	
アカウント情報 送付先 住 所	〒 -
連絡先 (TEL)	— —
アカウント 使用開始時期	<input type="checkbox"/> _____ 月研修より一括申込予定 <input type="checkbox"/> 未定

* 本用紙により取得した個人情報は、お問合せに対する確認・返信等に用い、これ以外の目的で取り扱うことはいたしません。

◇お問合せ先

公益社団法人大分県看護協会 総務部

TEL : 097-574-7117

FAX : 097-545-3751